

Gutscheinkauf

Aktion „Gesund ins Neue Jahr“

Angebote gültig bis spätestens 31. Jänner 2018

SO GEHT
GESUND
JETZT!

medi
class

Ich wähle folgende/n Gutschein/e:

- Mediclass Privatarzt Classic**
 Mediclass Privatarzt Plus
 Hauptmitgliedschaft **Partnermitgliedschaft/
Kinder/Studententarif**

Interne Vermerke:

B **BK** **KK**

am:

Persönliche Daten für die Zusendung des/der Gutschein/e:

Sie erhalten den/die Gutschein/e an die hier angegebene Adresse per Post zugeschickt. Die Bezahlung erfolgt über Bankeinzug.

Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Titel:			
Vorname:	<input type="text"/>	Nachname:			
Straße, Nr.:	<input type="text"/>	Postleitzahl:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
		Telefonnummer für Rückfragen:	<input type="text"/>		

Bei Partner/Kindermitgliedschaft kann die Vergünstigung der Rabatte (**50 % statt 25 % Partner (= Sonderaktion)**, 50 % Kinder) in Anspruch genommen werden, wenn ein Partner/Elternteil eine Hauptmitgliedschaft hat.

Mediclass Privatarzt Classic

- jährlich  € 289 (28,90/Monat x 10)
10 = 12 Monate Aktion
statt regulär € 317,90
- jährlich  € 158,95 Partner 50 % Rabatt
der regulären Jahresgebühr
statt regulär € 238,42
- jährlich € 158,95 Kind 50 % Rabatt

Mediclass Privatarzt Plus

- jährlich  € 389 (38,90/Monat x 10)
10 = 12 Monate Aktion
statt regulär € 427,90
- jährlich  € 213,95 Partner 50 % Rabatt
der regulären Jahresgebühr
statt regulär € 320,92
- jährlich € 213,95 Kind 50 % Rabatt

Der Gutschein gilt für eine jeweilige Mediclass Jahresmitgliedschaft und endet automatisch 1. Jahr nach Einlösung des Gutscheins.

Bankeinzug

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ich ermächtige Sie widerruflich die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Meine Bank ist ermächtigt, die Lastschrift einzulösen, aber hierzu nicht verpflichtet, insbesondere wenn mein Konto keine ausreichende Deckung aufweist. Ich habe das Recht, innerhalb von 56 Tagen ab dem Tag der Abbuchung ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung einer Zahlung bei meiner Bank zu veranlassen.

Datum _____

Unterschrift _____

Mediclass Gesundheitsclub GmbH

Viertel Zwei Campus / Gebäude Biz Zwei / Vorgartenstraße 206 C / 1020 Wien / Tel: 01 890 45 20 / info@mediclass.com / www.mediclass.com
ATU 660 49 322 / FN 353 161f / Kontoverbindung: Mediclass Gesundheitsclub GmbH / Bank: Volksbank Wien / IBAN: AT41 4300 0466 8222 3030
BIC: VBOEATWW